

использовании цефтриаксона+левофлоксацина повторного контрольного рентгенологического обследования не требовалось.

Выводы. В большинстве случаев внегоспитальные верхнедолевые пневмонии протекали с выраженной температурной реакцией и интоксикационным синдромом. Наилучший клинический эффект показали такие схемы антибактериальной терапии как цефтриаксон+левофлоксацин и цефтриаксон+азитромицин. Несмотря то, что у большинства пациентов с внегоспитальными верхнедолевыми пневмониями ($95,4 \pm 2,3\%$) заболевание закончилось полным выздоровлением, у $3,5 \pm 1,9\%$ пациентов выявили туберкулез легких, у 1,1% пациентов - онкологическое заболевание легких, что указывает на необходимость диспансерного наблюдения пациентов, перенесших пневмонию, с последующим рентгенконтролем.

Литература:

1. Gutiérrez, F Improving outcomes of elderly patients with community-acquired pneumonia / Gutiérrez F, Masiá M // Drugs Aging. – 2008. – № 25(7). – P. 585–610.
2. Prognosis of multi-lobar pneumonia in community-acquired pneumonia: a systematic review and meta-analysis / G.S. Mannu [et al.] // Eur J Intern Med. – 2013. – № 24(8). – P. 857–863.
3. Семенов, В.М. Микробиологические и биологические аспекты резистентности к антимикробным препаратам / В.М. Семёнов, Т.И. Дмитраченко, И.В. Жильцов // Мед. новости. – 2004. – № 2. – С. 10–17.

УДК 616.9-036.22(476.5)

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПО ДАННЫМ ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Ляховская Н.В., Дмитраченко Т.И., Семенов В.М.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Проблема внутрибольничных инфекций (ВБИ) является одной из самых острых в современных условиях, приобретая все большую медицинскую, социальную и экономическую значимость. По данным ряда исследований, уровни ВБИ у детей составляют от 5 до 44% во всех развитых странах [1]. Так, подсчитанный ежегодный экономический ущерб от ВБИ в странах Евросоюза составляет от 15 до 24 миллиардов евро [2]. В США ежегодно регистрируется до 2 млн. случаев ВБИ с экономическим ущербом до 4,5 млрд. долларов [3]. Обычно говоря о ВБИ, большее внимание уделяют инфекциям бактериального происхождения – хирургическим, инфекциям дыхательного тракта, катетер-ассоциированным. Однако вирусные ВБИ являются не менее важной проблемой здравоохранения, занимая в структуре ВБИ от 5% у всего населения в целом до 23% у детей [4]. Основным вирусным этиологическим агентом ВБИ является ротавирус (РВ), который по данным некоторых исследователей является причиной 11,6 – 36,8% всех ВБИ у детей до 5 лет и занимает до 58% в структуре вирусных ВБИ у детей до 16 лет [5, 6].

Внутрибольничному распространению РВИ способствуют, прежде всего, выделение ротавирусного антигена с фекалиями в высоких титрах, низкая заражающая доза возбудителя, а также высокая устойчивость РВ в окружающей среде, а также устойчивость к ряду дезинфектантов, используемых в ЛПУ.

Целью нашего исследования явилось определение частоты ротавирусной инфекции с внутрибольничным заражением у детей, госпитализированных в стационар в течение

сезонного подъема заболеваемости РВИ, установление ее возрастной структуры и клинических особенностей.

Материал и методы. Определение частоты ротавирусной суперинфекции (РВСИ), ее возрастная структура и особенности клинического течения изучены в период сезонного подъема заболеваемости РВИ (сентябрь 2015 г. – май 2016 г.) среди пациентов в возрасте до 18 лет, госпитализированных в Витебскую областную инфекционную клиническую больницу (ВОИКБ). Диагноз ротавирусной суперинфекции устанавливался при появлении симптомов поражения ЖКТ (2 и более эпизода рвоты, 3 и более эпизода диареи или одновременное возникновение данных симптомов в течение 24 часов) в срок не ранее, чем через 48 часов от момента госпитализации в соматическое или инфекционное отделение, а так же не позже 72 часов после выписки из стационара. Если заболевание развивалось на фоне имевшей место кишечной инфекции, критерием включения ребенка в группу исследования было отсутствие антигенов в фекалиях в 1-ые сутки от момента поступления и его наличие спустя по крайней мере 72 часа после поступления ребенка в стационар. Лабораторное подтверждение диагноза ротавирусной инфекции было основано на исследовании фекалий на наличие ротавируса методом ИФА. У всех детей, так же производили исследование фекалий на наличие патогенных (бактерии рода *Salmonella*, *Shigella*, *Escherichia*) и условно-патогенных энтеробактерий.

Результаты и обсуждение. В анализируемый нами период доля РВИ в структуре всех госпитализированных случаев ОКИ среди пациентов до 18 лет составила 31,7%, из них у 24,6% было установлено внутрибольничное инфицирование, что сопоставимо с данными зарубежных исследователей. Анализ возрастной структуры РВСИ показал, что на детей до 5 лет приходилось 87,2% всех регистрируемых случаев. Клинические симптомы кишечной инфекции у соматических пациентов или клинико-эпидемиологические и лабораторные признаки РВСИ у пациентов с ОКИ развивались в 48,6% случаев в период пребывания в стационаре на 4-5 день от момента поступления и в 51,4% случаев после выписки домой.

Как показал анализ, имелись различия в клиническом течении РВИ при внебольничном и госпитальном инфицировании. Так детям с РВСИ требовалось более длительное пребывание в стационаре, чем детям с внебольничной РВИ – 6,2 койко-дня vs 3,66, хотя достоверных различий в продолжительности эпизода самой РВИ выявлено не было. В обеих сравниваемых группах заболевание чаще протекало в среднетяжелой и тяжелой формах, причем легких форм заболевания в группе детей с РВСИ зарегистрировано не было, чаще в этой группе пациентов регистрировались тяжелые формы (21,4%), обусловленные более выраженным эксикозом и длительностью диареи. Ведущим клиническим синдромом у всех пациентов был кишечный, регистрируемый в 100% случаев в обеих группах. У 45,7% детей при внутрибольничном инфицировании наблюдались клинические симптомы колита. При этом в 7,14% течение заболевания осложнялось гемоколитом. РВСИ характеризовалась более длительной диареей – 5 и более дней у 55,7% пациентов. Течение заболевания осложнялось протеинурией у 32,9% детей из группы с РВСИ и только у 15,2% пациентов с внегоспитальной РВИ.

Выводы.

1. Для внутрибольничной ротавирусной инфекции характерно более тяжёлое течение заболевания, характеризующегося распространенным поражением желудочно-кишечного тракта с вовлечением в патологический процесс толстого кишечника, удлинением продолжительности диареи, развитием токсической нефропатии.

Литература:

1. A randomized formula controlled trial of *Bifidobacterium lactis* and *Streptococcus thermophilus* for prevention of antibiotic-associated diarrhea in infants / N.B. Correa [et al.] // J Clin Gastroenterol. - 2005. – Vol. 39, № 5. – P. 385–389.

2. Incidence of nosocomial rotavirus infections, symptomatic and asymptomatic, in breast-fed and non-breast-fed infants / P. Gianino [et al.] // J Hosp Infect. – 2002. – Vol. 50, № 1. – P. 13–17.
3. Nosocomial rotavirus infection in European countries: a review of the epidemiology, severity and economic burden of hospital-acquired rotavirus disease / O. Gleizes [et al.] // Pediatr Infect Dis J. – 2006. – Vol. 25 (Suppl 1). – P. 12–21.
4. Epidemiology of viral nosocomial infections in pediatrics / L.S. Aho [et al.] // Pathol Biol (Paris). – 2000. – Vol. 48, № 10. – P. 885–892.
5. Nosocomial rotaviral gastroenteritis in paediatric departments / M. Stefkovicovb [et al.] // Cent Eur J Public Health. – 2008. – Vol. 16, № 1. – P. 12–16.
6. Healthcare-associated Viral Gastroenteritis among Children in a Large Pediatric Hospital, United Kingdom / Nigel A. [et al.] // Emerg Infect Dis. – 2010. – Vol. 16, № 1. – P. 55–62.

УДК 616.916.5

ИНФИЦИРОВАННОСТЬ ПАРВОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЙ РЕАНИМАЦИИ И ГЕМОДИАЛИЗА

Редненко А.В., Горбачёв В.В., Шпигун Н.В., Анаева Н.А., Жебентяева Е.П.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. По литературным данным, парвовирусная инфекция широко распространена во всем мире. При первичной встрече с вирусом заболевание в большинстве случаев протекает в виде нетяжелой инфекции, сопровождающейся экзантемой, или имеет бессимптомное течение. Однако формирующаяся в последующем латентная инфекция у людей с ослабленным иммунитетом может сопровождаться реактивацией вируса, что может оказывать влияние на течение основного заболевания. [1, 2]

Согласно ряду исследований, наличие специфических антител (IgG) к парвовирусу В19 среди здоровых лиц в различных регионах мира определяется с частотой 20-65%. Парвовирусом в странах Азии инфицированы до 30-35% обследованных: Китай (24,6%), Индия (27,9%), Турция (28,9%), Иран (34,1%). В африканском регионе частота инфицированности существенно отличается в разных странах и составляет в Гане - 20,0%, Судане - 49,7%, Танзании - 55,0%, Нигерии 64,2%. Значительно чаще маркеры парвовирусной инфекции обнаруживаются в странах Европы: Польша - 43,6%, Норвегия - 61,7%, Германия - 62,9%, Франция - 68,0% [3, 4]

В Республике Беларусь лабораторная диагностика парвовирусной инфекции была начата в 2006 году в рамках дифференциации кори, краснухи и других острых экзантемных заболеваний [5]. Этиологическая роль парвовируса была установлена в 21,7-40,9% случаев у детей с экзантемными инфекциями в Витебской области в период 2014-2016 гг., что указывает на вероятность достаточно широкого распространения парвовирусной инфекции в нашем регионе. Однако широкомасштабных серологических исследований не проводилось.

Цель. Выявить инфицированность парвовирусной инфекцией пациентов отделений реанимации и гемодиализа.

Материал и методы. Нами проведено обследование 22 пациентов в возрасте от 25 до 75 лет (средний возраст 51 год), проходивших лечение в отделении гемодиализа УЗ «Витебская областная клиническая больница» с диагнозами хронический гломерулонефрит, гипертоническая нефропатия, МКБ, СКВ, ревматоидный артрит.